

## 原著論文

看護師による術後せん妄の判断過程に関する研究 (1)  
—術後せん妄の予知とアセスメント—大木友美<sup>1)</sup>、松下年子<sup>2)</sup>

1)昭和大学保健医療学部看護学科、2)横浜市立大学医学部看護学科

## 要旨

本研究では、看護師による術後せん妄の判断に関する思考過程・行動を明らかにすることを目的とした。すなわち、外科病棟の看護師が術後せん妄に関する何らかの異常を直感し、術後せん妄を予知し、その可能性を疑ってアセスメントし、判断・確信する過程、またその後の対応や行動がいかなるものなのかを明らかにすることとした。本報告(1)では、上記過程の前半、つまり何が看護師のせん妄に着眼する意識を高めて予知させるのか、何が根拠となって看護師のアセスメントが推し進められるのか、について検討した。その結果、本調査対象である術後せん妄患者の看護経験のある看護師は、自分の経験から得られた知識を用いながら、術前の患者情報から術後せん妄発症に関連するデータを抽出し、術後せん妄発症の術前危険因子を認識し、術後せん妄を予知する際の根拠にしていた。また、術後せん妄をアセスメントするために重要視すべき観察項目を認識していた。さらに、対象看護師の85.2%が「自分は異常をキャッチする直感を持っている」と認識していたことから、看護師の術後せん妄の判断過程では直感力と予知力の両者が存在する可能性が、一方、直感力がなくても予知からアセスメントに進む者もいたことから、直感から予知へという過程、直感からアセスメントへという過程の両者が存在する可能性が示唆された。われわれが先に提示した仮説のおおよその妥当性が確認された。

Keyword : 術後せん妄、看護、判断、予知、アセスメント

## 緒言

今日、外科領域で行われる低侵襲手術は生体侵襲が少なく、在院日数が短いという点では優れている<sup>1)</sup>が、今まで手術適応外であった高齢者も手術対象となる<sup>1,2)</sup>ために、術後合併症の発症可能性が高いという点で課題を抱えている。術後合併症の中でも特に術後せん妄は、高齢者が罹患しやすいことが特徴であり<sup>2,3)</sup>、高齢者の術後合併症として着目すべき重大問題である。現在は術前の入院

期間が短くなり<sup>1)</sup>、患者は十分な準備ができないまま手術に臨むことが余儀なくされており、それも術後せん妄発症の増加の一因となっている。先行研究では、術後せん妄に限らずせん妄の原因、準備因子、誘発因子などが明らかにされてきた<sup>4)</sup>が、依然として術後せん妄の発症率は高く<sup>2,3)</sup>、患者が回復する過程の阻害要因となっている。入院の長期化と、医療費高騰を来し<sup>2,5)</sup>、加えてせん妄体験やその記憶は、患者の社会復帰後の生活にも悪影響を及ぼし<sup>2,4)</sup>、予後にも関与する。したがっ

て外科領域においては、早急に術後せん妄へのより具体的で、効率的で、確実な対応策を考案する必要がある<sup>4)</sup>。にもかかわらず現段階では、そのような予防策は報告されていない。また、せん妄を早期発見して早期治療することが予後の改善に直結することから、まずはせん妄を正確に判断することが必須であるが、せん妄の判断に関する先行研究も少ない。

せん妄の正確な判断の有無が、その後の患者ケアに及ぼす影響を示唆した研究<sup>67)</sup>においては、適切なアセスメントができないために適切な判断ができず、結果的に誤診を招き、質の低い看護につながっていることが報告されており、看護師が正確にせん妄を判断することがいかに重要であるかが提言されている。しかし今のところ、看護師の臨床判断は体系化されておらず<sup>8)</sup>、臨床判断に至る思考過程や行動の分析も研究途上にある。特に本邦では、看護師による外科系、急性期における臨床判断に関する研究は少なく<sup>1)</sup>、術後せん妄の判断に関する研究も見当たらない。

そこで本研究では、看護師による術後せん妄の判断に関する思考過程・行動を明らかにすることを目的とした。思考過程・行動について仮説を立て、それに基づいて過程の様相を明らかにする。すなわち、外科病棟の看護師が術後せん妄に関する何らかの異常を直感し、術後せん妄を予知し、その可能性を疑ってアセスメントし、判断・確信する過程、またその後の対応や行動がいかなるものなのか、またそれらの過程がいかなる因子によって影響を受けるのかを明らかにすることとした。その中で、本研究(1)では、看護師が術後せん妄を把握・アセスメントし、判断・確信、対応していく過程の前半、つまり何が看護師のせん妄に着眼する意識を高めて予知させるのか、何が根拠となって看護師のアセスメントが推し進められるのか、それらがその後の判断・確信および対応にどのようなつながっていくのかについて検討することとした。

## 用語の定義

直感：「何かおかしい」という看護師の感覚であり、その根拠を必ずしも説明できるとは限らない。

予知：せん妄のリスク要因を抱えている人だから「術後せん妄になるかもしれない」という事前の認識と心構え。

アセスメント：患者に起きている異常現象と、せん妄の一般的な症状との照合。

判断：「術後せん妄だろう」というおおよその見通し。

確信：「やはり術後せん妄に違いない」という自信を持った判断。

## 方法

1. 対象：首都圏内A病院の外科病棟に勤務する看護師190名
2. 調査期間：本研究の研究機関は2008年8月～2009年2月であった。
3. 調査方法：図1のように術後せん妄に関して「何かおかしい」と直感し、予知、アセスメントから判断・確信に至る過程の仮説を立てた。直感から直接アセスメント、判断、確信のそれぞれに至る場合があることも想定した。

この仮説に基づいて、看護師の術後せん妄に対する判断のプロセスが実際にどうなのかを明らかにするための質問紙を作成した。作成にあたっては、文献検討と、経験年数5年以上の外科病棟看護師7名を対象としたインタビューを行った。インタビューで得られたデータを内容分析法で分析し、術後せん妄の直感、予知、アセスメント、判断、確信、対応に関する質問項目を抽出した。さらにその項目について、上記7名の看護師に内容・意味合いの相違がないかを確認した。以上の経緯をもって作成した無記名の自記式質問紙の内容であるが、臨床で術後せん妄患者の看護経験がある看護師に対するものは、術後せん妄患者看護、アセスメント、判断、確信、対応16項目、術後せん妄患者への認識2項

目、術後せん妄患者の看護判断 6 項目、術後せん妄患者のマネジメント 13 項目であった。また、体験がない看護師と、ある看護師の両者に共通する項目として、体験の有無を問う項目を最初に設けた。回答は、「はい」「いいえ」の二者択一または、「とてもあてまはる」「あてはまる」「どちらともいえない」「あてはまらない」「まったくあてはまらない」の 5 段階のリッカートスケールとした。基本的属性および基礎的データとして性別、年齢、看護師経験年数、経験病棟、看護系の最終学歴、術後せん妄看護の経験件数、術後せん妄に関する学習経験について尋ねた。調査用紙は A 病院へ郵送し、看護部長に任意で病棟を選択してもらい、その病棟に所属する看護師を調査対象とした。記載された質問紙は看護部によって回収され、看護部から調査者に返送されるように依頼した。

4. 分析方法：基本的属性については記述統計を行った。データから本研究に必要な観測変数を取りだして分析を行った。統計ソフトは SPSSVer.19 を使用し、欠損値を除外して行った。すべての分析で統計的有意水準を 5.0% とした。
5. 倫理的配慮：研究計画は、筆者の所属する大学の倫理委員会の承認（承認番号 89 号）および対象病院の倫理委員会の承認（承認番号番号 0808-01）を受けて実施した。調査票を配布する際、書面で研究目的・方法・匿名性の保持・研究参加と中断の自由、得られた情報はすべてコード化し、本研究のみに使用することを明記し、調査票の返信をもって本研究の同意が得られたものとした。

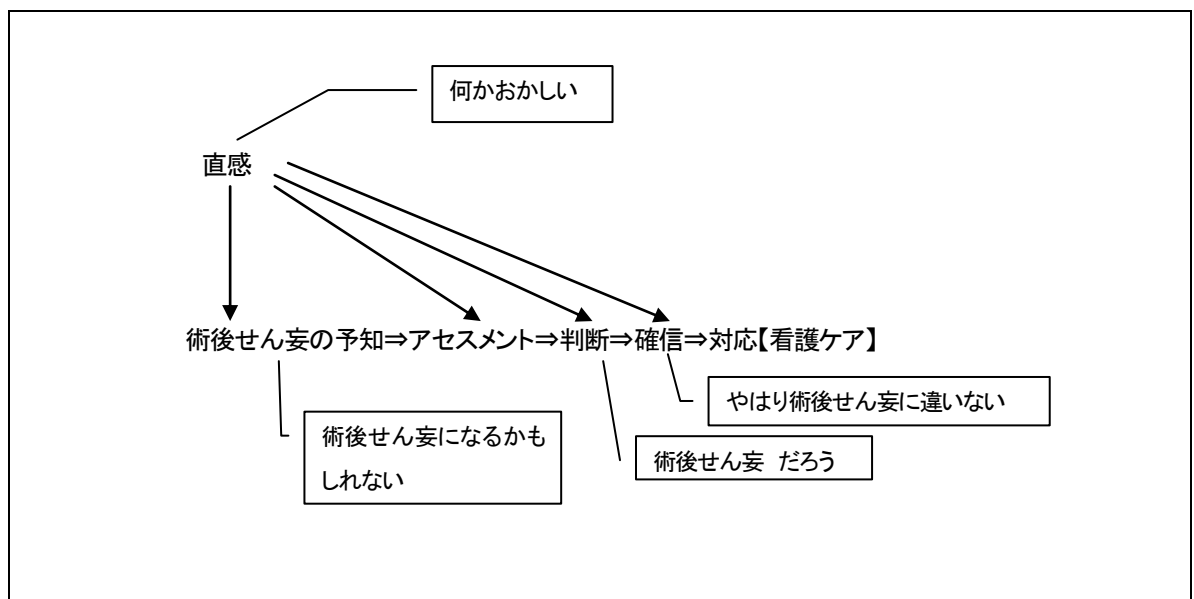


図 1 研究仮説

## 結 果

調査期間中に、調査対象施設 A 病院で外科病棟に勤務する研究同意の得られた対象者 190 名のうち、せん妄患者の看護体験を有する者 155 名を分析対象とした。

### 1. 対象者背景

対象者の平均年齢は、 $28.9 \pm 5.2$  歳で、男性 3 名(1.9%)、女性 152 名(98.1%)であった。教育背景は、専門学校卒 86 名(55.8%)、短大卒 38 名

(24.7%)、大学卒 29 名(18.8%)、その他 1 名(0.6%)であった。術後せん妄看護の経験件数は、11 例以上 78 名(51.3%)、11 例未満 6 例以上が 26 名(17.1%)、6 例未満が 48 名(31.6%)であった。

## 2. せん妄を予知するための術前因子とアセスメント (表1、2、3)

せん妄を予知するための術前因子として重視されていたのは、「高齢であること」103 名(66.9%)が最も多く、次が「落ち着きがない」64 名(41.8%)、「不安が強い」60 名(39.2%)、「多弁」49 名(32.5%)、「神経質」47 名(30.9%)であった。

せん妄を予知する際の根拠として重視されていたのは、「チューブ類を自己抜去する」108 名(70.1%)、「術前と表情が異なる」94 名(61.4%)、「安静が守れない」88 名(57.1%)、「場所が分からない」85 名(55.6%)、「幻視」80 名(53.0%)、「手術の記憶がない」78 名(51.3%)であった。また、せん妄をアセスメントする際に重要している事項は、「異常な行動」115 名(74.7%)が最も多く、次が「表情」99 名(64.7%)、「会話の一貫性」91 名(59.9%)、年齢 80 名(52.3%)、「ドレーン・拘束」74 名(48.1%)、「隔離・閉鎖」58 名(38.4%)、「不安の程度」57 名(37.3%)であった。

## 3. 術後せん妄に対する直感

「何かおかしい」という、術後せん妄に関す

る異常をキャッチする直感を自分は持っている、と思っている者は 132 名(85.2%)であった。

## 4. 術後せん妄観察時のアセスメントツール使用状況

術後せん妄をアセスメントする際にアセスメントツールを用いている者は 17 名(11.8%)であり、そのうちの 9 名(42.2%)がツールの使用が「容易である」と答え、アセスメントツールを使用すれば、臨床経験に基づく直感力がなくてもせん妄を見つけることができるとしている者は 10 名(40%)であった。直感力がなくても術後せん妄の判断が可能であると捉えていた。一方、直感で「術後せん妄だろう」という判断ができるとしている者は 97 名(62.6%)であるが、その中で自分ひとりで判断できるとしている者は 47 名(30.3%)であった。直感で「やはり術後せん妄に違いない」という確信が持てると返答した者は 45 名(29.0%)であり、その中で自分ひとりで確信が持てると返答した者は 32 名(20.6%)であった。

表 1 術後せん妄になりやすいと考える患者の特徴

	とても当てはまる	当てはまる	どちらとも言えない	当てはまらない	全く当てはまらない	人数(%)
高齢者	103 (66.9)	48 (31.2)	3 (1.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	154 (100.0)
落ち着きがない	64 (41.8)	51 (33.3)	37 (24.2)	1 (0.7)	0 (0.0)	153 (100.0)
不安が強い	60 (39.2)	64 (41.8)	27 (17.6)	2 (1.3)	0 (0.0)	153 (100.0)
コンプライアンス不良	51 (33.3)	51 (33.3)	51 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	153 (100.0)
多弁	49 (32.5)	41 (27.2)	58 (38.4)	3 (2.0)	0 (0.0)	151 (100.0)
神経質	47 (30.9)	64 (42.1)	39 (25.7)	2 (1.3)	0 (0.0)	152 (100.0)

表 2 術後せん妄予知の根拠

	人数(%)				
	とても重要 である	重要である	どちらとも 言えない	重要でない	全く重要で ない
合計					
チューブ自己抜去	108(70.1)	37(24.7)	7(4.5)	1(0.6)	0(0.0)
術前と表情が違う	94(61.4)	48(31.4)	10(6.5)	0(0.0)	0(0.0)
安静が守れない	88(57.1)	49(31.8)	16(10.4)	1(0.6)	0(0.0)
場所が分からない	85(55.6)	52(34.0)	16(10.5)	0(0.0)	0(0.0)
幻視	80(53.0)	63(41.7)	8(5.3)	0(0.0)	0(0.0)
手術の記憶がない	78(51.3)	47(30.9)	27(17.8)	0(0.0)	0(0.0)

表 3 術後せん妄患者のアセスメントで重要と考える項目

	人数(%)				
	とても重要 である	重要である	どちらとも 言えない	重要でない	全く重要で ない
合計					
異常行動	115(74.7)	38(24.7)	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)
表情	99(64.7)	51(33.3)	3(2.0)	0(0.0)	0(0.0)
会話の一貫性	91(59.9)	54(35.5)	7(4.6)	0(0.0)	0(0.0)
年齢	80(52.3)	61(39.9)	11(7.2)	1(0.7)	0(0.0)
ドレーン・拘束	74(48.1)	67(43.5)	12(7.8)	1(0.6)	0(0.0)
隔離・閉鎖	58(38.4)	76(50.3)	17(11.3)	0(0.0)	0(0.0)
不安の程度	57(37.3)	72(47.1)	23(15.0)	1(0.7)	0(0.0)

## 考 察

### 1. 術後せん妄患者の看護経験と、直感と予知とアセスメント

外科病棟における術後せん妄の発症率は30～40%と言われており<sup>9)</sup>、看護師が術後せん妄患者に遭遇する機会が多い。本調査対象者である外科系病棟の看護師も、術後せん妄患者の看護経験があると返答した者が81.5%を占めた。

小林ら<sup>10)</sup>は、術後せん妄患者に遭遇した外科系看護師の74%は、「術後せん妄になりそうだ」と感じていたと報告しており、松浦ら<sup>11)</sup>は、経験豊富な看護師は、表情、失見当識、看護師の説明に対する認識や反応から術後せん妄発症を予測し、前駆症状として捉えていたと述べている。また塚田ら<sup>12)</sup>は、術後せん妄の予防経験のある看護師は、予防経験のない看護師よりも言語や表情や行動などの非言語、注意力低下などの認知的側面から術後せん妄を捉えることができると報告している。これらの所見はすべて、術後せん妄患者の看護経験のある看護師は、術後せん妄発症を予知する能力を有していることを示唆するものである。

本調査対象である術後せん妄患者の看護経験のある看護師は、自分の経験から得られた知識を用いながら、術前の患者情報から術後せん妄発症に関連するデータを抽出し、術後せん妄発症の術前危険因子を認識し、術後せん妄を予知する際の根拠にしていた。さらに、術後せん妄をアセスメントするために重要視すべき観察項目を認識していた。これらの項目は、先行研究等で報告されているせん妄の原因や観察項目<sup>4,10,11)</sup>と一致しており、かつ術後せん妄患者の看護経験から導き出されたものでもあった。経験豊富な看護師には、術後せん妄発症予測につながる前駆症状を重要な観察の視点として捉える力、すなわち直感力が存在していることや、せん妄に関して「何かおかしい」という直感があることが報告されている<sup>9,13,14)</sup>が、本調査でも「自分は異常をキャッチする直感を持っている」と認識する者が85.2%と高い数値を示した。

つまり、術後せん妄の判断過程では直感力と予知力が存在する可能性が示唆された。また、直感力がなくてもアセスメント過程に進む者がいたことから、直感から予知へという過程、直感からアセスメントへという過程の両者が存在する可能性も示唆され、われわれが先に提示した仮説のおおよその妥当性が確認された。以上により、術後せん妄患者の看護経験が、直感の有無にかかわらずせん妄を予知し、アセスメントを推し進めていく能力を醸成していくプロセスが推察される。

### 2. 術後せん妄とアセスメントツールの使用

本調査対象の看護師は、「自分が術後せん妄をキャッチするおおよその直感を持っている」と認識しながらも、29.0%の者は「直感で確信へ至ることに自信がない」と回答していたことから、予知・アセスメントする能力を、判断・確信する能力に連動させること、判断・確信能力の強化が必要であることが示唆された。術後せん妄患者の看護経験が予知とアセスメント能力を醸成するにしても、その能力を判断や確信する能力につなげるには、以下のようなアセスメントツールの使用や、術後せん妄に関する看護研修等が必要になるかもしれない。

術後せん妄のアセスメントにおいては、アセスメントツールの使用が有効であるが、本調査対象者はアセスメントツールの使用者は11.8%にとどまった。ツールの種類は、一般的にはDSM-IV-TRによる診断基準<sup>15)</sup>、Delirium Rating Scale(DRS)<sup>16)</sup>などがあるが、一定の訓練が必要であり、正確に使いこなすのは難しい。看護領域では、ICUでのせん妄評価に用いられるCAM-ICU(Confusion Assessment Method for ICU)<sup>17,18)</sup>や、DSM-IVの診断基準と合致しているNCS(NEECHAM confusion scale)<sup>19)</sup>が、平易な用語で作成されており活用しやすい<sup>2)</sup>。術後せん妄に対するアセスメントシートの導入で術後せん妄の要因と看護介入に対する看護師の意識が向上し、看護介入の回数が導入前に比べて増加

したという報告<sup>20)</sup>もある。本調査でも、アセスメントツールを使用すれば、臨床経験に基づく直感がなくてもせん妄を見つけることができると回答する者が少なくなかったことから、術後せん妄の確実な判断のために、アセスメントツールを導入することも強力な方策といえよう。

本研究は、平成19～21年度文部科学省科学研究費補助金基盤研究(C)「臨床看護師による術後せん妄のラベリングプロセスに関する研究」により行った研究の一部である。

## 文 献

- 1) 飯塚麻紀, 鴨田玲子, 渡辺陽子 他: 周手術期患者に対する病棟看護師の臨床判断, 福島県立医科大学看護学部紀要, 13, 1-10, 2011.
- 2) 服部英幸: 高齢者の術後せん妄, 臨床精神医学, 42(3), 327-334, 2013
- 3) 布宮伸: せん妄, ICU と CCU, 36(7), 507-513, 2012.
- 4) 矢野智宣, 内富庸介: 周術期のせん妄の診断と治療, LISA, 19(2), 144-148, 2012.
- 5) Robinson TN, Wu Ds, Pointer LF, et al: preoperative cognitive dysfunction is related to adverse postoperative outcomes in the elderly. J Am Coll Surge, 215(1), 12-18, 2012.
- 6) Gustafson Y.: Underdiagnosis and poor documentation of acute confusional states in elderly hip fracture patients. Journal of the American Geriatric Society, 39(8), 760-65, 1991
- 7) Yeaw E.: Identification of confusion among the elderly in an acute care setting. Clinical Nurse Specialist, 7(4), 192-97, 1993.
- 8) 藤内美保, 宮腰由紀子: 看護師の臨床判断に関する文献的研究, 日本職業・災害医学会会誌, 53(4), 213-219, 2005.
- 9) 原沢のぞみ: せん妄の早期発見, 看護技術, 56(8), 35-38, 2010.
- 10) 小林雪枝: 外科病棟看護師が認識する術後せん妄発症に関連する因子, 市立三沢病院医誌, 19(1), 21-24, 2012.
- 11) 松浦純平: 外科領域における術後せん妄発症予測要因, 医学と生物学, 155(11), 825-829, 2011.
- 12) 塚田友紀, 大井加寿美, 前田美穂他: 看護師のICU入室患者のせん妄の捉え方とその対応 せん妄予防の経験の有無からみた分析, 埼玉県立がんセンター看護部看護研究集録, 35号, 14-18, 2012.
- 13) 小泉雅子: 術後やICUでのせん妄ケア, 臨床看護, 36(11), 1380-1389, 2010.
- 14) 松浦順平, 喜田加奈子, 福田弘子他: テキストマイニングによる看護師の考える術後せん妄発症予測について, 第42回日本看護学会論文集成人看護I, 62-65, 2012.
- 15) 高橋三郎他: DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き, 医学書院, 東京, 73-84, 2003.
- 16) Trzepacz PT, Baker RW, Greenhouse J: A symptom rating for delirium. Psychiatry Res, 23(1), 89-97, 1988.
- 17) Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al: Delirium in mechanically ventilated patients; validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU), JAMA, 286, 2703-2710, 2001.
- 18) 古賀雄二: せん妄の評価 CAM-ICU を使用したせん妄の評価①, 看護技術, 57(2), 34-39, 2011.
- 19) Neelon VJ, Champagne MT, Carlson JR, et al: The NEECHAM Confusion Scale; construction, validation, and clinical testing, Nursing Research, 45(6), 324-330, 1996.
- 20) 畔野久美子, 須賀優子: 術後せん妄に対する看護師の意識と看護介入の変化, 日本看護学会論文集成人看護I, 42, 58-61, 2012.

## **A Study of the Nursing Judgment Processes for Postoperative Delirium (1) : Prevision and Assessment**

Tomomi OHKI<sup>1)</sup>, Toshiko MATSUSHITA<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Showa university school of nursing and rehabilitation science

<sup>2)</sup> Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University

### **Abstract**

The purpose of this study is to clarify the process of thought and behavior about the nursing judgment of postoperative delirium. A surgical nurse was intended that we determined correspondence about postoperative delirium, the process of abnormal intuition, prevision, assessment, judgment and certainty. In this report (1), the present study aims to clarify the first half of the nursing judgment, prevision and assessment. As a result, Using one's experience knowledge, extract data about delirium from preoperative patient information, recognize a risk factor of delirium, used it for the evidence of the prevision. The nurse recognized an important observation item to perform assessment of delirium. 85.2% of nurses recognize that "oneself has the intuition that can catch abnormality". Therefore, there is possibility with both intuition and prevision by the delirium judgment process of the nurse. On the other hand, there was the person who advanced from prevision to the assessment without intuition, therefore, from intuition to prevision, from intuition to assessment, it was suggested that the process of both existed.

Keyword : postoperative delirium, nursing, judgment, prevision, assessment